

SKŁADKA

Lp.		Bez rozszerzenia o wyczynowe uprawianie sportu	Z rozszerzeniem o wyczynowe uprawianie sportu
1	Liczba ubezpieczonych (uczniowie)	62	20
2	Liczba ubezpieczonego personelu w placówce	0	0
3	Zniżka składki - liczba osób będąca w trudnej sytuacji (stanowiąca do 10% liczby osób ubezpieczonych)	8	0
4	Składka za 1 osobę	25,00 zł	36,00 zł
5	Łączna składka do zapłaty za wszystkie osoby	2 070,00 zł	

W przypadku zmiany liczby osób w placówce ostateczna liczba ubezpieczonych (uczniowie) zostanie zgłoszona w formie aneksu do ubezpieczenia w terminie do 2014-10-06 w I roku ubezpieczenia.

Tryb płatności składki: jednorazowo

Składka płatna gotówką/przelewem do dnia: 2014-10-31.

Konto InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group: **16 1240 6960 7170 0012 5000 2241.**

Rata	Kwota	płatna w terminie
1	2 070,00 zł	2014-10-31

INTEGRALNĄ CZĘŚĆ UMOWY STANOWIĄ ZAŁĄCZNIKI:

imienna lista ubezpieczonych

POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE WPROWADZONE DO UMOWY UBEZPIECZENIA:

A/ OPCJA DODATKOWA D4 - POBYT W SZPITALU W OKRESIE UBEZPIECZENIA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – ŚWIADCZENIE W WYSOKOŚCI 1% SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA DLA OPCJI DODATKOWEJ D4, ZA KAŻDY NASTĘPNY DZIEŃ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU, POCZĄWSZY OD PIERWSZEGO DNIA POBYTU W SZPITALU, POD WARUNKIEM POBYTU W SZPITALU MINIMUM 3 DNI, BĘDĄCEGO NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, KTÓRY MIAŁ MIEJSCE W OKRESIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. W PRZYPADKU KOLEJNYCH, NASTĘPUJĄCYCH PO SOBIE POBYTÓW W SZPITALU W ZWIĄZKU Z TYM SAMYM NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM ŚWIADCZENIE SZPITALNE PRZYSŁUGUJE OD PIERWSZEGO DNIA POBYTU W SZPITALU. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZYSŁUGUJE MAKSYMALNIE ZA 90 DNI POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W CIĄGU OKRESU UBEZPIECZENIA;

B/ OPCJA DODATKOWA D5 – POBYT W SZPITALU W OKRESIE UBEZPIECZENIA W WYNIKU CHOROBY – ŚWIADCZENIE W WYSOKOŚCI 1% SUMY UBEZPIECZENIA OKREŚLONEJ W UMOWIE UBEZPIECZENIA DLA OPCJI DODATKOWEJ D5, ZA KAŻDY NASTĘPNY DZIEŃ POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU, POCZĄWSZY OD PIERWSZEGO DNIA POBYTU W SZPITALU, POD WARUNKIEM POBYTU W SZPITALU MINIMUM 3 DNI, W ZWIĄZKU Z CHOROBA, KTÓRA ZOSTAŁA ZDIAGNOZOWANA W TRAKCIE TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ. W PRZYPADKU KOLEJNYCH, NASTĘPUJĄCYCH PO SOBIE POBYTÓW W SZPITALU W ZWIĄZKU Z TĄ SAMĄ CHOROBA ŚWIADCZENIE SZPITALNE PRZYSŁUGUJE OD PIERWSZEGO DNIA POBYTU W SZPITALU. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY PRZYSŁUGUJE MAKSYMALNIE ZA 60 DNI POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W CIĄGU OKRESU UBEZPIECZENIA

OŚWIADCZENIA

Ubezpieczający oświadcza, że:

1) treść umowy i Ogólnych Warunków Ubezpieczenia EDU Plus zatwierdzonych uchwałą nr 05/04/03/2014 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 04.03.2014 roku oraz treść Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu została mi doręczona przed zawarciem umowy ubezpieczenia i po zapoznaniu się z treścią OWU i Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu składam niniejszy wniosek.

PRZEMYŚL, 2014-08-29

Miejscowość, data

AGNIESZKA TOMAS, 29/2123/006

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Rafał Pasik

Czytelny podpis Ubezpieczającego

2. **Klauzula dotycząca ochrony danych osobowych:** Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883), a w szczególności o poniższym:
1. administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
 2. obowiązek podania danych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.),
 3. dane osobowe przekazywane są do Centrum Assistance - APRIL Polska Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Sienna 73, który będzie udzielał świadczeń assistance - Assistance EDU PLUS,
 4. mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

PRZEMYŚL, 2014-08-29

Miejscowość, data

AGNIESZKA TOMAS, 29/2123/006

Podpis i pieczęć przedstawiciela
InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group

Rafał Pasik

Czytelny podpis Ubezpieczającego